**SOLICITUD DE EVALUACIÓN DE EVENTO DE SALUD**

**POR MEDICINA LABORAL**

|  |  |
| --- | --- |
| Regional | Escriba con letra tipo imprenta el nombre de la Regional del INPEC a la que pertenece la sede, donde se realiza la solicitud |
| Departamento | Escriba con letra tipo imprenta el nombre del Departamento en el que se realiza la solicitud |
| Ciudad o Municipio | Escriba con letra tipo imprenta el nombre de la ciudad o Municipio en la que se realiza la solicitud |
| Fecha de Solicitud | DD/MM/AAAA |

1. Datos del Funcionario objeto de ESMEL

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Apellido(s) | Primer apellido, segundo apellido (según el caso) | | |
| Nombre(s) | Primer nombre, segundo nombre (según el caso) | | |
| Cédula No | Escriba el número de identificación como aparece en la Cédula de Ciudadanía | | |
| Fecha de Nacimiento | DD/MM/AAAA | Edad |  |
| Fecha de Posesión | DD/MM/AAAA | Antigüedad |  |
| Cargo | Escriba en letra tipo imprenta el cargo que ocupa el funcionario al cual se le practicará la ESMEL. | | |
| Sede de Trabajo | Escriba en letra tipo imprenta el nombre del centro de trabajo del INPEC en el cual labora (Ej.: Oficina, Dirección Regional Oriente, o Establecimiento). | | |
| Teléfono Celular del Trabajador | Escriba el número de teléfono de contacto, del funcionario a evaluar | | |
| EPS | Escriba en letra imprenta el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado el funcionario a evaluar | | |

2. Motivo de la solicitud:

Realice un breve resumen del motivo por el cual solicita la valoración por Medicina Laboral.

|  |
| --- |
| Usted debe anexar la evaluación de su médico tratante de su EPS o IPS consultada, en la cual se indique el diagnóstico exacto legible, tiempo de evolución de su cuadro clínico, tratamiento actual y posibles secuelas definitivas, con no más de dos (2) meses de antigüedad. |

|  |
| --- |
| Por las razones anteriormente expuestas, de manera libre y autónoma consiento y autorizo al Grupo de Seguridad y Salud en el Trabajo del INPEC y a los de Profesionales de Salud, y como acuerdo de confidencialidad para revisar ampliamente mi historia clínica y los documentos pertinentes y a extractar la información médica necesaria para analizar mi caso completamente, para fines preventivos, programas de vigilancia epidemiológica, mesas médico laborales y demás actividades que apliquen al SG-SST, quienes a su vez serán garantes y responsables de la confidencialidad de mi información y su adecuado archivo. |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del solicitante |  |
| Cargo |  |
| Firma |  |